Die Zerstörung

der

Gesichtsteile durch Syphilis

an mehreren auf

der chirurgischen Klinik zu Erlangen beobachteten Fällen erläutert

von

Georg Lorenz.

Inaugural-Dissertation

VERFASST UND DER
HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER
FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ZU
ERLANGEN
ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
vorgelegt am 14. Mai 1890

von

Georg Lorenz
approb. Arzt
aus Ohlau in Schlesien.

WÜRZBURG
Druck der Ferdinand Röhrl'schen Buchdruckerei
1890.

Gedruckt mit Gehnemigung der medicinischen Fakultät.

Referent: Herr Prof. Dr. Heineke.

Seinem lieben Bruder

Paul

»Assistenzarzt I. im Kgl. Bayr. Feld. Art. Rgt. 3«

zum Andenken gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545817_0023

Es giebt wohl keine andere Infektionskrankheit, die in ihrem Verlauf sowohl als auch in ihren Erscheinungen eine so grosse Mannigfaltigkeit darböte, als die Syphilis.

Ist das Syphilisgift in einen Organismus gelangt, so ruft es Entzündungsprocesse allerverschiedenster Intensität und Extensität, von der einfachen lokalen vorübergehenden Hyperaemie bis zur Bildung geschwulstähnlicher Granulationen, oder ausgedehnter Bindegewebshyperplasieen hervor. Dazu kommt noch, dass die Syphilis nicht auf einzelne bestimmte Organe beschränkt bleibt, sondern dass durch sie alle Gewebssysteme des menschlichen Organismus erkranken können, wenn sich auch der Krankheitsprocess, namentlich im frühen Stadium, mit besonderer Vorliebe an der allgemeinen Bedeckung und den Schleimhäuten lokalisiert. Meist sind es daher Haut- oder Schleimhautaffektionen, welche die mit Syphilis behafteten Patienten zum Arzte führen. Wird jetzt eine energische, antiluetische Behandlung ins Werk gesetzt und dieselbe auf möglichst lange Zeit ausgedehnt, so kann ein solcher Kranker dauernd

geheilt werden. Leider aber werden oft auch nach sorgfältiger Behandlung sowohl Arzt als Patient in ihren Hoffnungen getäuscht, indem selbst nach jahrelangem Stillstand der Krankheitsprocess von neuem ausbrechen kann, so dass die Heilung nur eine scheinbare, ein sogenanntes Latenzstadium der Syphilis war, wie es in der Entwickelung derselben nicht selten auftritt. Die jetzt folgenden Krankheitsformen übertreffen die früheren in der Regel an Intensität und der Process beschränkt sich auch nicht mehr allein auf die Affektion der Haut und Schleimhaut, sondern es treten auch an hochwichtigen Organen pathologische Veränderungen auf, welche das Leben des Kranken ernstlich gefährden können. Diese pathologischen Veränderungen bestehen in der grossen Mehrzahl aus gummösen Neubildungen, kugeligen, zellreichen Infiltrationsherden von meist grau-rötlicher Farbe, welche grosse Neigung zu nekrotischem Zerfall und Geschwürsbildung besitzen. Diese Tendenz der syphilitischen Entzündung zu Gewebszerfall und Nekrose ist die Ursache der so tiefgreifenden Zerstörungen, wie wir sie bei Syphiliskranken häufig genug zu sehen bekommen.

Und zwar finden wir das Gumma in den späteren Stadien der syphilitischen Erkrankung an allen Organen des menschlichen Körpers; am häufigsten allerdings lokalisiert es sich im subkutanen und submukösen Bindegewebe, daneben aber geht vielfach Gummabildung der Eingeweide und der Knochen einher.

Bei den gummösen Hauterkrankungen müssen wir ihrem Sitz nach 2 Formen unterscheiden, nämlich die in der Haut sitzenden Gummata von solchen, die im Unterhautzellgewebe lokalisiert sind, also ein hoch-

liegendes gummöses Hautsyphilid von einem tiefliegenden.

Das hochliegende Gumma der Haut, das Hautgumma im engeren Sinne, präsentiert sich in Form von erbsen- bis pfennigstückgrossen, rundlichen oder flachen Knoten, welche im eigentlichen Hautgewebe sitzen und sich als scharfbegrenzte, meistenteils prominente, anfänglich mehr oder weniger harte, später weicher werdende elastische Infiltrate dokumentieren und eine matte Röte darbieten, die ins Bläuliche hineinspielt und von einer chronischen, nur auf die nächste Umgebung des Infiltrates beruhenden Hyperaemie abhängt.

Im Allgemeinen ist der Process des hochliegenden Hautgumma als ein solcher hinzustellen, bei welchem ab und zu wohl auch ein rapider, gewöhnlich jedoch der allerlangsamste Verlauf beobachtet zu werden pflegt. Es mag dies darin begründet sein, dass die gummösen Infiltrate im eigentlichen Hautgewebe selten eine erheblichere Dicke erlangen. Der Stoffwechsel innerhalb der Gummaknoten ist nämlich sehr herabgesetzt und haben unter dieser Störung die centralen Partien, namentlich umfangreicherer Knoten, mehr zu leiden, so dass retrograde Vorgänge auch zunächst in der Mitte derselben Platz greifen. Bei den nur wenig umfangreichen Gummainfiltraten der eigentlichen Haut bilden sich demgemäss nekrobiotische Vorgänge im Innern nur sehr langsam aus, daher die Persistenz dieser Infiltrate. An sehr dünnen Hautstellen, wie an den Lidern, kann man besonders deutlich feststellen, dass ein solches gummöses Infiltrat, wenn es auch eine grössere Flächenausdehnung erreicht hat, die Dicke eines Kartenblattes nicht zu

übersteigen pflegt, so dass man bei der Untersuchung ein scharf begrenztes, nur der Haut angehörendes, dünnes, dabei aber ziemlich konsistentes Infiltrat wahrnimmt.

Im weiteren ist der günstigste Verlauf der, dass nach längerem Bestande das Infiltrat sich vermindert und die epidermidale Oberfläche, genau dem Knötchen entsprechend, sich in Schuppenform abstösst; das Knötchen wird flacher und nach beendigter Resorption zeigt die Haut, da wo früher das Gumma sass, meist narbenartige Verdünnung und eine scharfbegrenzte Einsenkung. Gleichzeitig mit der Rückbildung nimmt auch die ursprüngliche Röte ab.

Stellt sich Zerfall des Infiltrates ein, so kommt es wegen des oberflächlichen Sitzes des Gumma sehr bald zu einer Ulceration, an deren Oberfläche das Secret zu einer Borke eintrocknet; nach Abhebung derselben tritt ein scharfbegrenztes, die Haut in verschiedener Dicke ergreifendes Geschwür — Ulcus gummosum — mit unreinem Grunde und scharfem, steilem manchmal auch unterminiertem Rande zu Tage. So lange noch der Saum und der Grund des Geschwüres unrein und infiltriert erscheinen, ist auch noch Vergrösserung desselben zu erwarten. Erst mit Abnahme der Infiltration reinigt sich dasselbe und beginnt Ueberhäutung, wobei sich eine ebenfalls scharf begrenzte, vertiefte, zarthäutige, von Pigment umsäumte Narbe, die schliesslich weissglänzend wird, ausbildet. Ausnahmsweise jedoch, besonders wenn die ulceröse Zerstörung eine tiefergehende und die nachträgliche Granulationswucherung eine üppige war, werden die Narben dick, wulstig und sind von weiten Gefässreiserchen durchzogen.

Die hochliegenden Gummata kommen selten vereinzelt vor, meist sind sie zu Gruppen gehäuft und occupieren auf diese Weise mehr oder weniger grosse Hautgebiete. Die nach erfolgter Heilung zurückbleibenden Narben liegen dann häufig so dicht aneinandergereiht, dass man bei flüchtiger Betrachtung eine über ein grösseres Hautgebiet sich erstreckende Narbe zu sehen meint, während es in Wirklichkeit zahlreiche, etwa linsengrosse, vertiefte Närbchen sind, zwischen welchen weniger oder gar nicht veränderte, erhabene, eine Gitterform darstellende, normale Haut erhalten ist. Nur wenn die, eine grössere Fläche occupierenden Gummaknoten ineinandergeflossen sind und ohne Rückbildung des Infiltrates in Verschwärung übergehen, wird man, dem gewöhnlich langsamen Verlaufe dieses Processes entsprechend, ein ausgedehntes Flächengeschwür sehr lange Zeit hindurch fortbestehen sehen, nach dessen schliesslicher Heilung eine grosse Narbe zurückbleibt, die, nur wenn sie wulstig geworden, Retraction der Haut veranlasst.

Werden jedoch von solchen ineinanderfliessenden, gummösen Ulcerationen, Hautduplikaturen (Ohrläppchen u. s. w.) getroffen, oder Entblössungen von oberflächlich gelegenen Knorpeln, seltener Knochen verursacht, die dann der Necrose anheimfallen und entstellende Defekte (am Ohre, der Nase, den Lidern) bedingen, so drohen mannigfache Verheerungen, die in den meisten Fällen wohl nur allmählig vorschreiten, mitunter aber auch in wenigen Tagen grössere Ausdehnung erlangen können.

Während wir bei dem hochliegenden Gumma kleinere Infiltrate sich entwickeln und die grösseren nur

zu bedeutenden Flächenerkrankungen führen sehen, bemerken wir bei dem tiefliegenden oder Unterhautgumma das Anwachsen des specifischen Krankheitsproduktes zu Knoten von ganz erheblichem Umfange. Es ist da gar nichts ungewöhnliches, bohnen-, wallnuss-, ja faustgrosse, rundliche, länglichrunde oder abgeplattete Geschwülste zu beobachten, die ursprünglich hart sind und unter der Haut frei beweglich oder an der unterliegenden Fascie oder der Haut fixiert erscheinen, je nachdem sie von Anfang an mit dem einem oder anderen Gebilde verbunden sind. Zuerst ist die über das Gumma hinziehende und von demselben oft vorgewölbte Haut gewöhnlich von normalem Aussehen, später treten an derselben mannigfache Veränderungen ein.

Wächst das tiefliegende Gumma stärker heran, so erleidet die Haut allmählig eine Dehnung, sie wird glänzend, veisser als im normalen Zustande; später kann eine leichte, ödömatöse Schwellung an der Haut hinzutreten, was beweist, dass das Gumma in seinem Wachstum vorwärts schreitet. Nach längerem Bestande erweicht das Centrum der Geschwulst und gehen allmählig auch die peripheren Partieen in die Erweichung ein. In diesem Stadium bekommen die untersuchenden Finger die Empfindung, als wenn ein elastisch weicher, fluktuierender Herd vorliegen würde.

Lässt man sich durch diese täuschende Empfindung dazu verleiten, in die Geschwulst einzuschneiden, so tritt kein Eiter zum Vorschein, wie man es erwartet, sondern es lässt sich, neben einigen Tropfen Blutes, eine geringe Menge klebrigen, fadenziehenden, flüssiger Gummilösung nicht unähnlichen, mit nur wenig Eiterkörperchen gemischten Fluidums ausdrücken. Von die-

ser Erscheinung rührt auch die Bezeichnung der Gummigeschwülste oder Gummiknoten her.

Der weitere Ausgang gestaltet sich nun verschieden:

Geht die erweichte Masse des Gumma eine Verfettung ein, so zerfallen die neugebildeten Gewebspartikelchen immer mehr zu einem Detritus und gelangen allmählich zur Resorption. Man findet dann, entsprechend dem ursprünglichen Gumma, die Haut gegen das subcutane Lager hin eingesunken, etwas verdünnt, im übrigen aber nicht besonders verändert; ab und zu ist auch abnorme Pigmentirung der ausgeheilten Partie oder ihrer Umgebung vorhanden.

Selbst wenn der Process noch weiter vorgeschritten ist, so dass die Haut bläulich und verdünnt geworden ist und jeden Augenblick durchzubrechen droht, ist eine Aufsaugung des tiefliegenden Gumma noch immer möglich. Die Resorption macht sich dann dadurch kenntlich, dass zuerst die livide Farbe weicht und einem zarten Rot Platz macht; allmählig erblasst die Haut vollends und erscheint nur noch ein wenig ödömatös; mit der weiteren Verkleinerung des Gumma schwindet auch das Oedöm, ja es vertieft sich die Haut an dieser Stelle so, dass in den meisten Fällen nach vollendeter Resorption des Gumma eine verdünnte, atrophische, blasse, eingezogene Hautstelle den ehemaligen Sitz desselben noch durch Jahre hindurch kennzeichnet.

Ein anderer Ausgang, der auch im Unterhautgewebe häufiger als sonst beobachtet wird, ist der in Ulceration. In diesem Falle erstreckt sich die Erweichung und Schmelzung des Gumma auch auf die Haut, die es bedeckt; diese verfärbt sich livid, wird immer dünner, bis an der höchsten Wölbung Perforation

eintritt, durch welche dünnes, eitriges Secret und nekrotisierte Partieen des Gumma zum Vorschein kommen. In dem Maasse, als der Zerfall des Gumma und der in den Process einbezogenen Haut weiterschreitet, vergrössert sich auch das Geschwür. Seine Ränder erscheinen bläulich-rot, verdickt, scharf zugeschnitten und unterminiert; der Grund desselben ist mit nekrotischen Fetzen bedeckt und ebenfalls infiltriert. Dieses syphilitische Geschwür liefert, je nach der Raschheit, mit welcher das Infiltrat zerfällt, entweder nur sehr spärlich oder aber reichlich fliessendes Secret.

Die Infiltration des Geschwürsrandes und -grundes vermindert sich dadurch, dass dieselbe teilweise zur Resorption gelangt, teilweise aber der Ulceration anheimfällt. Von dem Augenblicke an, wo keine neue Infiltration mehr zu stande kommt und die alte vollständig resorbiert, bezw. zerfallen ist, beginnt die Reinigung des Geschwürs, indem der Rand sich abflacht und nicht mehr scharf zugeschnitten, sondern allmählich in die Geschwürsbasis übergehend erscheint, welch letztere dann statt mit nekrotischem Gewebe mit schönen roten Granulationen bedeckt ist; dementsprechend nimmt auch das Secret das Aussehen von reinem Eiter an. Je schneller nun die Aufsaugung des Randinfiltrates vor sich geht, um so rascher tritt auch die Verkleinerung des nunmehr gereinigten Geschwüres und schliesslich allmählige Ueberhäutung desselben ein.

Da bei diesem Vorgange irreparable Verödungen in den betroffenen Hautgebieten mit einhergehen, so wird auch immer eine Narbe zurückbleiben, die selten glatt, meist wulstig und in der Umgebung oft reich pigmentiert ist.

Das Unterhautgumma wird meistens nur in einzelnen Knoten wahrgenommen, die wohl an beliebigen Stellen angetroffen werden können, zumeist ist jedoch das Gesicht der Sitz derselben und zwar die Stirne, die Nasenspitze und die Lippen. Am Stamme lokalisieren sich die Knoten mit Vorliebe an der Schulterblattgegend, dem Nacken und an der Streckseite der Extremitäten.

Doch kann man bei heraligekommenen, verwahrlosten, oder unzweckmässigen Therapien ausgesetzten Individuen oft das ganze Hautorgan mit Geschwüren beider Gummaarten über und über bedeckt sehen. Solche Kranke, die schon in Folge des ausgedehnten Gewebszerfalls und des Säfteverlustes sehr elend werden, erleiden auch noch durch das den Process begleitende Fieber eine erhebliche Consumption ihrer Kräfte; überdies sind gummöse Verschwärungen mitunter von erheblichen Schmerzen begleitet, die dem Patienten die erquickende Ruhe rauben und bei Lokalisation an der Bewegung ausgesetzten Stellen geradezu unerträglich werden.

Höchst trostlos sind jene Fälle, wo die gummösen Geschwüre sehr zahlreich und so dicht aneinandergedrängt sind, dass grosse Hautgebiete, ganze Extremitätenabschnitte beispielsweise, nicht mehr genügend normale Haut aufweisen, so dass Vernarbung garnicht oder nur teilweise, und da auch nur unter Verkrümmung der Gelenke oder sonstigen Verunstaltungen möglich wird.

Aber auch auf kleinere Gebiete beschränkte Gummata führen, wenn ihr Zerfall unaufhaltsam vorwärts schreitet, zu höchst fatalen Ausgängen; so sieht man

die Nasenspitze oder einen grossen Teil der Lippe zum Opfer fallen, durch Bloslegung von mehr oberflächlichen Knorpeln oder (was seltener der Fall) Knochen die Ohrmuschel, Stirn- oder Hinterhauptsbein, Clavicula oder Sternum u. s. w. nekrotisch werden und ausser den scheusslichsten Entstellungen auch noch andere Gefahren herbeiführen, die namentlich dann bedeutungsvoll werden, wenn der Zerstörungsprocess sich durch eine erschreckende Acuität auszeichnet und in wenigen Tagen die grässlichsten Verwüstungen zustande bringt.

So kann also der Zerfall von gummösen Neubildungen in der Haut unter Umständen sogar zu Caries und Necrose des darunterliegenden Knochens führen. Indess treten die Knochenerkrankungen, bei denen der Ausgangspunkt in den sie bedeckenden Weichteilen liegt, vollständig in den Hintergrund gegen die syphilitische Erkrankung des Knochensystems selbst, welches nächst der Haut der Gummabildung am meisten unterworfen ist. So sehen wir sehr häufig am Periost jene der Syphilis eigentümlichen, elastisch weichen Anschwellungen, die ganz dem Charakter der auch in anderen Organen vorkommenden Gummata tragen, und man spricht dann von einer gummösen Periostitis. Hierbei kommt es zu circumscripten, halbkugelichen oder flachen Anschwellungen, die bald mehr fest, bald mehr schleimig und elastisch weich sind und das Gefühl von Fluktuation vortäuschen. Bemerkenswert ist, dass das gummöse Produkt hauptsächlich von der inneren Fläche der Beinhaut ausgeht, dabei aber den Knochen in einer ganz eigentümlichen Weise in Mitleidenschaft zieht. Der gummösen Anschwellung korrespondiert nämlich eine grubige Vertiefung an dem Knochen, in welchen sich ausserdem, den *Haver*'schen Kanälen entsprechend, gum-

möse Zapfen einpflanzen. Das periostale Gumma erscheint somit zum Teile auch in den Knochen gebettet, dadurch, dass das gummöse Produkt gleichsam zu Usurierung des Knochens führte. Neben diesem Knochenschwunde ist aber in den angrenzenden Teilen, am Grunde sowohl, wie auch in der Peripherie, Sklerosierung und Hyperostose oft bis zu einem erheblichen Grade vorhanden.

Gelangt das periostale Gumma zur Resorption, was sehr häufig vorkommt und gewöhnlich durch Vermittlung einer fettigen Degeneration geschieht, so wird wohl, wenn in den gummösen Process die darüberliegende Haut miteinbezogen war, schon durch Verdünnung der letzteren die Partie eingesunken erscheinen; aber auch wenn die Haut intakt blieb, wird die Einsenkung nicht fehlen, da sie ja durch den Schwund im darunterliegenden Knochen unausbleiblich ist. Für eine solche nach einem periostalen Gumma zurückgebliebene Depression wird der aus der peripheren Knochenanbildung hervorgegangene Wall noch lange charakteristisch bleiben. Mit der Zeit wird aber auch diese Knochenanbildung der Resorption zugeführt; es erscheint dann der Wall erniedrigt, die Knochengrube seichter. Flache oder schalige Knochen können auf diese Weise leicht eine Perforation erleiden, wenn periostale Gummata an korrespondierenden Stellen beider Flächen des Skeletteiles sich befinden.

In selteneren Fällen verflüssigt aber auch das Gummaprodukt des Periostes und führt einerseits zu oberflächlicher Caries und Necrose, andererseits zu Schmelzung der darüberliegenden Weichteile, die oft gleichfalls gummös erkrankt waren; es entsteht eine

geschwürige Oeffnung, durch die man zu kariösen oder nekrotischen Knochen gelangt. Bei Beschränkung des Processes kommt es zur Abstossung der oberflächlichen Knochenschichte und zu einer Knochennarbe, gegen die die vernarbenden Weichteile straff hingezogen sind.

Ausgang des periostalen Gummas in Verknöcherung kommt wegen der Hinfälligkeit der das Gumma constituirenden Elementarorganismen wohl kaum vor.

Wie im Periost, so kommt es auch innerhalb des Knochens oder seiner Markhöhlen zu Zellenablagerungen, die in ihrer Gesammtheit die Charaktere der Gummabildungen aufweisen. Die gummöse Ablagerung erscheint innerhalb des Knochens gewöhnlich in kleineren, stecknadelkopf-, erbsen- bis nussgrossen Herden, die bald rund, bald mit Fortsätzen versehen sind. Die Ausbreitung des Einzelherdes geht immer mit Rareficierung und Einschmelzung des Knochengewebes einher, während die Umgebung des Gumma durch Verdichtung sich auszeichnet.

Unter günstigen Bedingungen, d. i. bei Ablagerung von nicht umfangreichen, wenn auch zahlreichen Gummaherden, ist vollkommene Resorption das Gewöhnliche; die ursprünglich erkrankten Partieen sind dann osteoporotisch, und da an die gummöse Nachbarschaft Sclerose sich anreiht, so werden nach abgelaufenem Processe verdichtete Stellen im Knochen mit atrophischen abwechseln. Ist jedoch die Resorption keine vollständige, so bleibt ein Teil des Gumma als verkäste Masse zurück; dies tritt meist bei umfangreicheren gummösen Herden ein.

Ziemlich häufig durchsetzen die gummösen Infiltrate das Knochengewebe in solcher Weise, dass sie

ein Stück des Knochens inselförmig umschliessen. Eine solche Knocheninsel wird durch die gummöse Zwischenlage von der Ernährung ausgeschaltet und verfällt der Necrose. Kleinere Sequester gelangen, wie es scheint, durch Destruction und Usurierung von Seite der Gummositäten zum Verschwinden; grosse Sequester müssen entfernt werden. Die nach einer gummösen Ostitis nekrotisch gewordenen Knochenstücke zeichnen sich auffällig dadurch aus, dass sie von Kanälchen und Lücken vielfach durchsetzt sind, wie von Würmern angestochen und angebohrt erscheinen. Es rührt dies daher, dass die die Necrose bedingenden Gummositäten in Form von gewundenen Zapfen auch in den der Necrose geweihten Teil eindringen, der nach erfolgter Ausstossung die oben beschriebenen Zeichen stattgehabter Erkrankung an sich trägt. Auch die Knochenlade ist bei gummöser Ostitis ganz charakteristisch, indem die Wandungen der Höhle auffallende Verdichtung aufweisen und die freie Umrandung (resp. Mündung) durch einen Knochenwall ausgezeichnet ist. Nach Ausstossung des Sequesters wird die Höhle nur höchst unvollkommen ausgefüllt; der Defekt bleibt hierdurch deutlich kenntlich und markiert sich durch den ihn umgebenden Knochenwall nur noch deutlicher.

Eine Ossificierung des gummösen Infiltrates anzunehmen, ist ebenso wenig Grund vorhanden, wie bei der gummösen Periostitis.

Ziehen wir die einzelnen Knochen in Betracht, so ergiebt sich, dass keiner derselben eine ausgesprochene Immunität gegen den Syphilisprozess aufweist; indessen muss nichts destoweniger hervorgehoben werden, dass einzelne Skeletteile gegenüber von andern be-

sonders bevorzugt erscheinen. So betrifft die gummöse Ostitis und Periostitis fast analog dem Gumma der Haut und des Unterhautzellengewebes mit Vorliebe die Schädel- und Gesichtsknochen, insbesondere die Schuppe des Stirnbeins, die Seitenwandbeine, die Knochen des Nasengerüstes und den harten Gaumen. Deshalb treffen wir so häufig im Gesicht sowohl die Weichteile als auch die Knochen von gummösen Neubildungen durchsetzt, die teils im Entstehen, teils schon in Ulceration und Vernarbung begriffen sind und mitunter in erschreckend kurzer Zeit die grässlichsten Zerstörungen der Gesichtsteile bewerkstelligen.

So kam im Januar 1879 in der chirurgischen Klinik zu Erlangen ein Fall zur Beobachtung mit einem ulcus syphiliticum, welches fast die ganze Gegend des linken Schläfebeins einnahm und auch das Stirnbein noch in grosser Ausdehnung freilegte. Der Grund dieser ulcerierenden Fläche war uneben und zerklüftet, mit nekrotischen Fetzen bedeckt; der Knochen zum grössten Teil nekrotisch, an mehreren Stellen gänzlich perforiert, so dass die Hirnhäute an diesen Punkten den Grund der Geschwürsfläche abgaben. Der Rand des Geschwürs war etwas verdickt, scharf zugeschnitten und überhängend, die Umgebung entzündlich infiltriert und blau-rötlich verfärbt. Anderweitige Ulcerationen waren bei der Patientin nicht vorhanden.

Bei weitem häufiger sieht man derartige zerstörende Processe in der Gegend des Stirnbeins auftreten und hier sehr ausgedehnte Defekte der Weichteile und des Knochens hervorufen, welche durch ihren mehr in die Augen springenden Sitz weit grössere Verunstaltungen bedingen. Selbst wenn die gummöse Ostitis am

Stirnbein ihren Ausgang nicht in Necrose, sondern in Resorption nimmt oder der Process schon in Heilung übergegangen ist, bleiben durch die narbigen Einziehungen, welche mit unregelmässigen Verdickungen abwechseln, noch bedeutende Entstellungen übrig. So ist ein derartiger Fall in der Erlanger Klinik beobachtet worden, der insofern noch sehr interessant ist, als neben der gummösen Erkrankung, welche sich auf dem Stirnbein fast in seiner ganzen Ausdehnung durch unregelmässige Höcker neben atrophischen Stellen kenntlich machte, noch mehrere andere Gesichtsteile enorme Zerstörungen durch Syphilis aufwiesen.

So war besonders das rechte Auge durch vielfache Ulcera, noch mehr aber durch Narbenbildung entstellt. Das obere Augenlid war bis auf einen geringen Teil am innern Augenwinkel der gummösen Geschwürsbildung zum Opfer gefallen, ebenso ein grosser Teil des unteren Augenlides, dessen noch erhaltener Teil durch Narbenkontraktion ektropioniert war, so dass die ebenfalls erkrankte Conjunctiva bulbi in grosser Ausdehnung unbedeckt lag. Was aber am meisten entstellend wirkte, war die ebenfalls durch Schrumpfung und Narbenkontraktion bedingte Fixation des Bulbus nach aussen und etwas nach oben, so dass die Stellung desselben einem hochgradigen Strabismus divergens ähnlich war. Eine so hochgradige Zerstörung der Teile des Auges kommt nicht besonders häufig vor, meist ist nur das eine oder das andere Augenlid befallen; die Gummata der Lider erscheinen dann manchmal in Form von Hordeolen und Chalazien oder sie stellen platte, flächenförmige Infiltrate dar, seltener wachsen sie bis zu nussgrossen und noch grösseren Geschwülsten heran.

Dabei erweist sich die Haut zumeist erkrankt, oder es kommt die gummöse Affektion vornehmlich dem Knorpel zu. Der Ausgang in Ulceration ist sehr gewöhnlich; von dem Grade der Zerstörung hängt dann auch die Entstellung ab, die nach der Vernarbung zurückbleibt. Hier ist dieselbe eine sehr bedeutende, da auch die Conjunctiva mit erkrankt ist. Die Gummata der Conjunctiva, die übrigens noch seltener als an den Lidern beobachtet werden, gehen gewöhnlich auch auf die Sclera über, oder sie ziehen bei entsprechendem Sitze auch den Limbus corneae in Mitleidenschaft, wie es auch hier der Fall war.

Ausser dieser entstellenden Ulceration am rechten Auge wies derselbe Patient noch eine hochgradige Zerstörung der Nasenknorpel und Nasenweichteile auf. Das Septum fehlte vollständig, die Nasenspitze, besonders aber der linke Nasenflügel war stark eingesunken, während der rechte gleichsam den linken überlagerte, was durch eine, zwischen beiden Nasenflügeln auf der Höhe der eingesunkenen Spitze bogenförmig verlaufende Einziehung verursacht wurde.

Die knorpelige Nasenscheidewand fällt der Zerstörung am allerhäufigsten anheim, da das gummöse Nasensyphilid bei längerem Bestande zu Destructionen und Verödungen nicht nur der Haut, sondern auch des Nasenknorpels führt. Die Entstellung fällt je nach der Ausdehnung des Verlustes verschieden aus; während eine Perforation des Septum cartilagineum gar keine Entstellung nach sich zieht und für den Patienten kaum von Beschwerden begleitet ist, führt der totale Mangel des Septum mobile eine widerliche Verunstaltung herbei. Wie in unserm Falle fliessen dann

beide Nasenöffnungen in ein grosses Loch zusammen, welches durch Niedersinken der frei herunterhängenden Nasenspitze von oben nach unten etwas eingeengt und in die Breite verzogen erscheint. Von den Knochen sind durch gummöse Processe in der Haut nur die Nasenbeine gefährdet; doch führen selbst tiefer greifende Geschwüre der Haut nur selten zu Bloslegung und weiter zu Necrotisierung und Abstossung der genannten Knochen.

Ein derartiger seltener Fall von alleiniger Zerstörung der Nasenbeine ohne Affektion der andern Nasenteile ist in der Erlanger Klinik vor 2 Jahren beobachtet worden. An Stelle der Nasenbeine sah man einen dreieckigen Defekt, dessen Spitze nach dem proc. nasalis des Stirnbeins auslief. Von der Seite betrachtet, fiel die steile Einsenkung zwischen Stirn und Nasenspitze auf; im übrigen bot sich nichts Abnormes dar.

Viel öfter sehen wir Necrose und Abstossung von Knochen auftreten bei gummöser Erkrankung im Innern der Nase. Dieselbe führt hier, gleichviel ob das Gumma in der Schleimhaut allein oder auch im Periost und den Knochenblättchen seinen Sitz aufgeschlagen hat, unendlich häufig, viel häufiger als an andern Orten, zu einem Zerfall, d. h. zu einem Geschwür und sofort auch zur Bloslegung des Knochens, welcher, seines ernährenden Ueberzuges beraubt, abstirbt, sodann von der gesunden Umgebung durch einen Demarkationsprocess losgelöst und schliesslich ausgestossen wird. Es ist darum nichts Ungewöhnliches, dass solche Patienten beim Schneuzen und Räuspern der Nase neben anderen Krankheitsprodukten mehr oder weniger grosse Knochenlamellen herausbefördern. Sind es nur

kleine Knochenstückchen, welche auf diese Weise zu Grunde gehen, so ziehen die hierdurch gesetzten Verluste keine unangenehmen Folgen nach sich. Es wird darum, wenn Teile des Siebbeins, ein Stück der Muschel oder gar eine ganze Coucha ausgestossen werden, der hieraus resultierende Nachteil für das Individuum kaum von Belang sein; ja selbst der Abgang eines nicht zu grossen Stückes der Nasenscheidewand führt zu keinen weiteren Störungen, indem bei Verlust des Pflugscharbeines z. B. die Stütze des Nasendaches durch die intakte Lamina perpendicularis des Siebbeins und das Septum mobile narium noch ganz gut besorgt wird. Nur wenn die Necrose grössere Ausdehnung annimmt, finden in die Augen springende Entstellungen dadurch statt, dass die Nase ihres knöchernen Gerüstes beraubt wird. Schon der Verlust der perpendikulären Siebbeinplatte veranlasst Einsinken der Nasenbeine; der Nasenrücken erscheint dann sattelförmig eingebogen, die Nasenspitze nach aufwärts verschoben und die Ebene, in welcher die Nasenöffnungen liegen, mehr der perpendikulären Lage genähert.

In einzelnen Fällen ist neben Mangel dieser Scheidewand auch Zerstörung beider Nasenbeine zu beklagen, dann findet man die häutige Nase, weil jeder knöchernen Stütze baar, wie in die Apertura pyriformis hineingefallen; die Stelle der Nase nehmen dann ein paar Hautwülstchen ein, die, immer mehr sich retrahierend, schliesslich die Nasenöffnungen in zwei kleine Lücken umwandeln.

Nächst der Nase sind besonders häufig die Lippen und ihre Nachbarteile den zerstörenden Processen aus-

gesetzt, natürlich können aber auch andere Teile des Gesichtes zu gleicher Zeit in derselben Weise erkrankt sein; so gehen besonders Zerstörungen der Nase mit denen der Lippen wie überhaupt des Gesichtes einher. Dieser Umstand hat auch jedenfalls die Veranlassung dazu gegeben, dass man die syphilitischen Exulcerationen im Gesichte, die ja allerdings grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde des lupus exulcerations haben können, vielfach als lupus syphiliticus bezeichnet, weil bei beiden Processen vornehmlich die Nase befallen wird.

Der Name Lupus sollte nur für den lupus vulgaris reserviert bleiben und sollte man nur von einem zerfallenden Knotensyphilide sprechen.

Eine vollständige Zerstörung der Oberlippe konnte an demselben Patienten beobachtet werden, welcher die Verunstaltung des rechten Auges und der Nase aufwies. Das Lippenrot war nur noch in einem schmalen Saum am rechten Mundwinkel vorhanden, der übrige Teil der Oberlippe bis zur Nase fehlte; infolge dessen lag die obere Zahnreihe, die übrigens noch durchaus erhalten war, nebst dem Alveolarfortsatz des Oberkiefers frei zu Tage. An dem ersten Schneidezahn der rechten Seite fehlte sogar die Alveolenwandung, sodass die Zahnwurzel bloslag. Die Unterlippe war durchweg unversehrt und bildete die Basis der dreieckig gestalteten Mundöffnung, deren Spitze in das gemeinsame Nasenloch auslief. Die den linken Mundwinkel mit der Spitze verbindende Kathete zeigte einen wellenförmigen Verlauf und sah wie zerfressen aus.

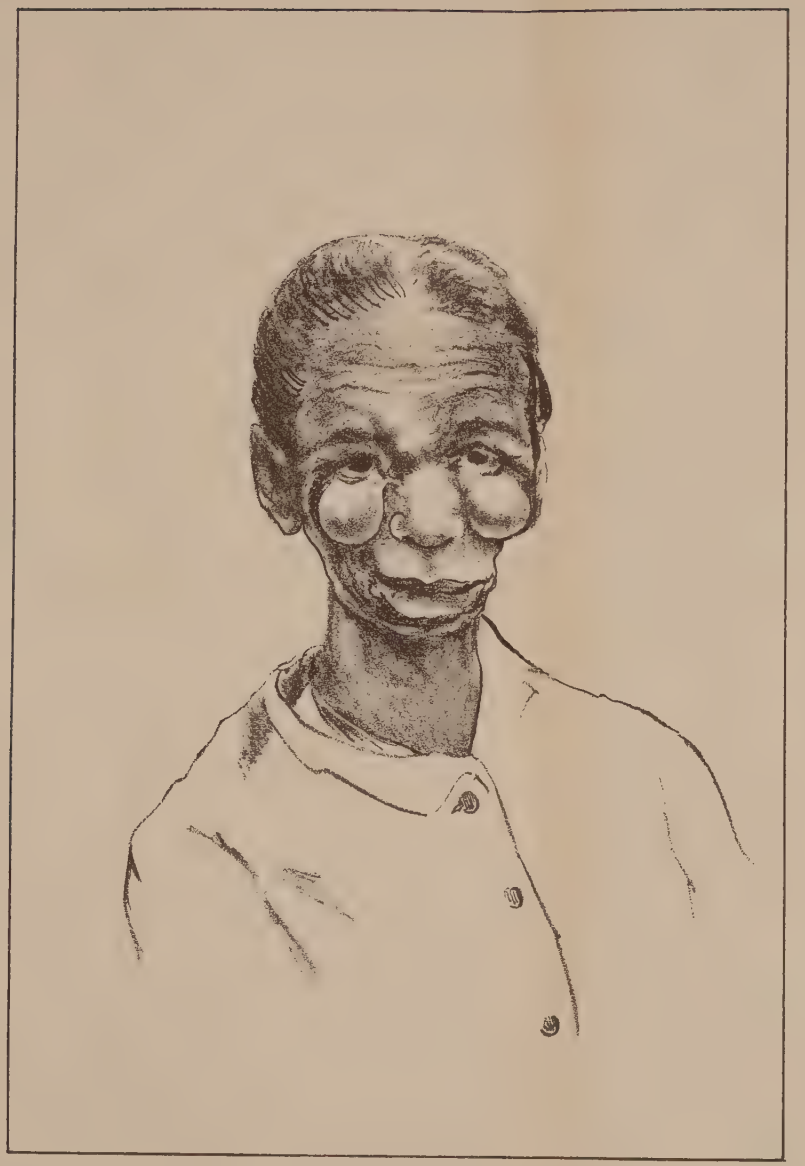
Ebenso kann natürlich auch hauptsächlich die Unterlippe durch die syphilitischen Ulcerationen dahingerafft werden oder der Process ergreift beide Lippen

und geht dann meist von einem der beiden Mundwinkel aus.

Sehr gerne vergesellschaften sich diese Gummageschwüre der Lippen mit der gleichen Ulceration im Gesicht und am Halse, und vermehren dadurch noch das Abstossende des Aussehens. Geradezu grässliche Zerstörungen entstehen aber, wenn die Gummata die Wangen in einer Ausdehnung durchsetzen, dass von letzteren bei eintretender Ulceration wenige oder gar keine normalen Stellen mehr übrig bleiben. Meist geht dann auch neben der Gummabildung in der Haut noch eine gummöse Ostitis oder Periostitis einher, die besonders am Unterkiefer und am Jochfortsatz des Oberkiefers Platz greift. Fast immer werden bei solchen enormen Verunstaltungen noch Defekte des weichen Gaumens, oder Perforation des harten Gaumens oder sonstige Affektionen der Mund- und Rachenhöhle wahrgenommen.

Zwei derartige Fälle von ausgedehnter syphilitischer Zerstörung der Gesichtsteile, welche in der Erlanger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangt sind, sollen hier eingehender behandelt werden:

Anamnese: Patientin, die 54jährige Webersfrau Dorothea Leipold aus Ahornberg, will früher immer gesund gewesen sein. In ihrem 34. Jahre verheiratete sie sich und gebar 2 Kinder in ihrer Ehe. Dieselben sollen gesund sein; einen Abgang will sie nie gehabt haben. Das jetzige Leiden der Patientin begann am Knie vor 11 Jahren; es bildete sich eine Geschwulst am rechten Knie, die von Zeit zu Zeit, besonders nachts, stechende Schmerzen verursachte. Nach 4 Jahren



rötete sich der Tumor, brach auf und entleérte Eiter; ein Knochen kam nie zum Vorschein. Patientin konnte mit Ausnahme einiger Wochen ihren Geschäften nachgehen.

Vor 4 Jahren entwickelten sich in der rechten Schultergegend, ebenso am rechten Arme haselnussgrosse und etwas kleinere Knoten, die nach einiger Zeit aufbrachen, während neue wieder entstanden. Die Affektion im Gesichte begann nach Aussage der Pat. vor $2^1/_2$ Jahren, es bildeten sich auch hier Knoten, die aufbrachen, ulcerierten, vernarbten, während neue wieder nachrückten. Heiserkeit, Schlingbeschwerden will Patientin nie gehabt haben. Infektion wird in Abrede gestellt; ihr Mann soll gesund sein und nie an Ausschlägen etc. etc. gelitten haben.

Status praesens: Mittelgrosse, schlecht genährte Frau, mit wenig entwickelter Muskulatur und schlaffem Unterhautbindegewebe.

Die beiden unteren Augenlider hängen als etwas über taubeneigrosse ödömatöse Säcke, deren Haut zeitweise etwas gerötet ist über die Wangen herab. Die Oberlippe, ebenfalls stark infiltriert und stark ödömatös, prominiert mit ihrem unteren Teil stark nach vorn; die Unterlippe resp. die Kinngegend erscheint sehr verkürzt. Mund ist sehr in die Breite gezogen. Die oberen Augenlider sind etwas, aber viel weniger ödömatös; beiderseits befinden sich am inneren Augenwinkel etwas über erbsengrosse, ödömatöse Wülste. Die beiden Wangen sind ganz in eine stark vascularisierte, überall mit den unterliegenden Knochen verwachsene, teilweise von sehr erweiterten Gefässen durchzogene Narbenmasse umge-

wandelt, die beiderseits etwa vom oberen Rande des Jochbogens bis zur Ohrmuschel, nach abwärts über die regio submaxillaris bis fast zur Mittellinie, — die regio submentalis hat zum Teil normale Haut —, nach einwärts bis zum Mundwinkel resp. unter den ödömatösen Lidern hin bis zum sulcus nasolabialis reicht. Zwischen diesen an einzelnen Stellen allerdings weniger tiefgreifenden und deshalb auf den Knochen verschieblichen Narbenpartien finden sich einzelne Inseln und streifenförmige Ueberreste normaler Haut, die zum Teil die narbigen Partieen überragten und überbrücken.

Einzelne haben das Aussehen von papillären Exkrescenzen. Am auffallendsten sind diese überbrückenden Stränge am rechten Mundwinkel. An einzelnen Stellen finden sich stecknadelkopf- bis kreuzergrosse Ulcerationen mit schlaff granulierendem blassrotem Grunde und stark unterminierten, blauroten Rändern, zum Teil von runder, ovaler und nierenförmiger Gestalt.

Rechts liegen mehrere gerade über dem Jochbogen; dort sind die Ränder überall mit den Knochen verwachsen. Die Knochen sind in der Umgebung aufgetrieben, liegen aber nicht blos. Am Mundwinkel durchsetzen die Ulcera die dünnen Weichteile und gehen bis in die Mundhöhle. Besonders auffällig ist eine Ulceration der linken Seite, die eine Nische darstellt, welche sich nach oben hin nach der hinteren Fläche des Jochbogens erstreckt. Die beiden Ohrläppchen sind in ihrer vorderen Partie defekt, nach einwärts vorgezogen durch brückenförmige Hautstränge. Die Stirn vollständig normal, ebenso die Nase, letztere ohne Ausfluss. Die Zähne des Oberkiefers grösstenteils nicht mehr vorhanden, nur rechts noch einige, sehr

stark mit Zahnstein überzogen; am Unterkiefer fehlen vom linken Schneidezahn an sämmtliche Zähne linkerseits; rechts sind die Zähne bis zum 2. Backzahn vorhanden. Die Zahnreihen lassen sich nicht von einander entfernen; indess wird der Speichel zum Teil gut zurückgehalten. Das Zahnfleisch am Unterkiefer ist hyperämisch und etwas gelockert, ebenso am Oberkiefer. In der Innenfläche der Oberlippe findet sich eine etwa 3 mm tiefe ulcerierte Furche, in die die noch sichtbaren Zähne des Unterkiefers hineinpassen. Nur der vorderste Rand der Zunge kann etwa 1 cm weit vor die Zahnreihe gebracht werden. Die Zunge ist intakt. Beide Nasengänge vollständig frei durchgängig. Ueber und hinter dem linken proc. mastoideus findet sich eine etwa thalergrosse, grösstenteils flächenförmige, verschiebliche, bläuliche Narbe, die nach vorn in die Gesichtsnarben übergeht; ausserdem findet sich eine Reihe von länglichen bis 4 cm langen, bläulichen, verschieblichen Narben in der seitlichen, linken Halsregion, in der Mitte der regio cussullaris finden sich einzelne linsengrosse oberflächliche Ulcerationen mit verschorftem Grunde, eine solche, die etwas tiefer greift, und mehrere schmerzlose über stecknadelkopfgrosse Knoten. Auch hinter dem rechten Ohr an der Spitze des proc. mastoideus sitzt eine etwa pfennigstückgrosse adhärente Narbe; ausserdem eine weisse flache Narbe an der oberen Partie der Oberlippe. Beiderseits finden sich hinter dem Ohr der Ohrmuschel parallel laufende durch die Narbenkontraktion entstandene Hautwülste. Die Drüsen am hinteren Rande des sternocleidomastoideus in ziemlicher Anzahl vergrössert, Augen normal ohne Augenspiegeluntersuchung.

Ausser diesen Ulcerationen am Gesichte spielten sich noch an mehreren anderen Körperstellen dieselben Processe ab; so fanden sich am manubrium sterni und an der ganzen rechten Extremität, der oberen sowie der unteren, zahlreiche Narben und Ulcerationen vor. Die rechte Patella war durch Necrose zum Teil zerstört, das Kniegelenk mässig ankylosiert.

Da die Patientin wegen der bestehenden Kieferankylose nur flüssige Speisen geniessen konnte, so wurden ihr die Schneide- und Eckzähne des Unter- und Oberkiefers extrahiert und vom Alveolarfortsatz des Unterkiefers ein Stück weggemeisselt. Hierdurch wurde ein ziemlich grosses Loch hergestellt, durch welches Speisen eingeführt werden konnten. Die ulcerös zerfallenen Partieen des Gesichtes und der rechten Schulter wurden mit dem scharfen Löffel ausgeschabt.

Eine Woche nach dieser Operation stellte sich Erysipel mit hohem Fieber ein, welchem die sehr heruntergekommene Patientin erlag.

Bei der am nächsten Tage stattfindenden Section ergab sich, dass ausser den bereits erwähnten Affektionen auch noch die Leber syphilitisch erkrankt war. Das Sectionsprotokoll darüber lautet folgendermassen:

„Leber sehr difformiert, rechter Lappen in seiner oberen Hälfte etwa von normaler Breite, 16 ctm. breit, nach unten zu aber sehr stark verschmälert bis auf 9 ctm und die Gallenblase fast ganz an den rechten Rand gerückt. Ueber die ganze vordere Fläche des rechten Lappens verläuft mit stark bogenförmigem Verlauf eine bis 8 mm tiefe Furche, welche nach unten in eine dreieckige 4—5 cm. im Durchmesser haltende ganz

eingeschrumpfte Gewebspartie mit stark gerunzelter Kapsel ausläuft, diese letztere Partie enthält nur an den dicht zusammengedrängten Gefässen ein bräunlich-graues, etwas derbes fibröses Gewebe, das kaum Spuren von Leberparenchym enthält. An der hinteren Fläche dieser atrophischen Stelle liegt ein etwa kirschkerngrosser Knoten. Derselbe besteht auf dem Durchschnitt aus einem nicht scharf begrenzten sehr derben, schwieligen weiss-grauen Bindegewebe, in dessen Mitte sich ein unregelmässig zackig begrenzter käseartiger Knoten findet. Uebrige Lebersubstanz bräunlich-grau und grau-rot marmoriert, in grossen Strecken sehr derb acinös, in anderen Partieen sehr fein acinös. Von der bindegewebigen Furche aus zieht eine feine fibröse Narbe bis 1 cm in die Tiefe. Linker Lappen ziemlich stark vergrössert, schlaff, Substanz normal.

Es handelte sich also ebenfalls um eine gummöse Erkrankung der Leber.

Bei dem zweiten Fall von syphilitischer Zerstörung der Gesichtsteile beschränkt sich dieselbe, zum Unterschiede von dem ersten, nur auf die eine Gesichtshälfte, umfasst aber beide Lippen, welche in ganz beträchtlicher Weise verunstaltet sind.

Anamnese: Die Eltern der 31jährigen Gütlersfrau Franziska Engl aus Langenkreuth sind verstorben; der Vater an einer Lungenkrankheit, die rechte Mutter starb kurz nach der Geburt der Patientin.

Patientin hat zwei angeblich gesunde Geschwister. Keines der Verwandten soll ein ähnliches Leiden wie Patientin gehabt haben. Die Stiefmutter derselben hatte nach ihrer Verheiratung mit dem Vater der Patientin einen Abortus. Pat. selbst litt früher vielfach an Aus-

schlägen am ganzen Körper, Kopf, Leib, Armen und Beinen. Vor $^1/_2$ Jahr trat bei der Pat. eine Schwellung im Gesicht auf, zuerst an der Nase, dann an der rechten Wange; es folgten dann Schlingbeschwerden infolge von Schwellung am Gaumen, so dass Pat. nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Dazwischen, der Beginn des Leidens war im Juni, trat an der immer noch geschwollenen Wange ein Knoten auf; es traten bisher nicht vorhandene Schmerzen ein und der Knoten brach auf. Seit dieser Zeit seien im Gesicht Knoten an Knoten nach einander aufgetreten und aufgebrochen bis zur jetzigen Zerstörung.

Pat., welche von Anfang an in ärztlicher Behandlung gewesen ist, gebrauchte Pflaster und Gurgelwasser.

Status praesens: Pat. ist mittelgross, von schlechtem Ernährungszustand und etwas blasser Hautfarbe. Das Gesicht ist scheusslich verunstaltet. Die Haut rechts von der Nase ist sehr stark geschwollen und blaurot verfärbt. Rechts auf dem Jochfortsatz liegt eine ulcerierende Fläche von Markstückgrösse, deren Ränder unregelmässig ausgezackt überhängen; der Grund der Geschwürsfläche ist grösstenteils schmutzig, teilweise verschorft und mit nekrotischen Fetzen bedeckt, die Umgebung blaurot umrandet. Ringförmig und fast concentrisch um dieses Geschwür angeordnet liegen dicht nebeneinander eine Reihe kleinerer, rundlicher Ulcerationen, die ein schmutziges Secret entleeren, und umschriebene, kleinerbsengrosse Knoten von kupferroter Farbe; die dazwischen liegende Haut überall rötlich verfärbt. Längs der rechten Nasenflügelwurzel sitzt ein tiefes Geschwür mit steilen Rändern, das reichlich

ein schmutzig gelbes Secret entleert. Fast parallel der ganzen Ausdehnung der Oberlippe zieht zwischen Nase und dieser eine längliche Ulcerationsbildung mit grösstenteils verschorftem Grunde, die in ein tief greifendes ziemlich kreisrundes Geschwür am rechten Mundwinkel übergeht. Dieser ist vollständig zerstört, indem Ober- und Unterlippe in diese Ulceration übergehen. Oberlippe und Unterlippe selbst bedeutend zerstört, verunstaltet einesteils durch Narbenbildung, dann auch durch vielfache Geschwürsbildung.

Die Geschwüre sind zum Teil von rundlicher, zum Teil von länglicher Form, der Grund ganz verschorft, die Ränder überhängend. Vom rechten Mundwinkel aus ziehen sich nach unten zwischen Unterlippe und Kinn neben knotenförmigen Erhebungen ebenfalls einige oberflächlichere Ulcerationen hin, deren Umgebung leicht gerötet ist. Im harten Gaumen sitzt ein Loch von ungefähr Pfennigstückgrösse mit wallartigen Rändern. Das Gaumensegel fehlt. Die Zähne des Ober- und Unterkiefers der rechten Seite sind noch zum Teil vorhanden. Ober- und Unterkiefer können nicht weit von einander entfernt werden. Aus dem rechten Nasenloch entleerte sich stinkender, jauchiger Eiter. Die Nase selbst ist, abgesehen von der rötlichen Verfärbung, in ihrer Gestalt nicht verändert. Die Sprache ist näselnd, schnüffelnd und äusserst unverständlich; das Essen teils durch die bestehende Kieferklemme, teils durch den Gaumendefekt sehr erschwert. Die behaarte Kopfhaut ist mit zahlreichen verschorften Stellen bedeckt. Die benachbarten Lymphdrüsen sind nicht geschwollen.

In diesem trostlosen Zustande suchte die Pat. am 27. II. 1890 die chirurgische Klinik zu Erlangen auf·

Sie wurde antiluetisch behandelt und nach ungefähr Monatsfrist bot sich mir folgendes Bild dar:

„Vom Nasenrücken aus zog sich nach rechts über den Jochfortsatz des Oberkiefers eine Schwellung, die nach unten in ein wulstartig sich vom rechten Nasenflügelrande nach der Mitte der rechten Wange hinziehendes rotes Narbengewebe übergeht, dessen strahlige Einziehungen und buckelförmige Hervorragungen die ganze rechte Wange verunstalten und auch nach den Lippen hin sich fortsetzen. Die Oberlippe ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung unregelmässig geschwellt und nach oben und aussen gezogen. Die Unterlippe zeigt in der Mitte einen oval geformten Defekt dessen unregelmässig zerklüfteter Grund wie zerfressen aussieht und nach rechts und links in die wulstartig geformten Seitenränder der Lippe übergeht. Vom rechten Mundwinkel aus setzt sich eine unregelmässige Geschwürsbildung nach unten hin fort.

Die Ulcerationen waren also zum grössten Teil in Vernarbung begriffen. Die oben erwähnte Kieferklemme bestand natürlich noch, war vielleicht infolge der vorgeschrittenen Narbenbildung noch bedenklicher geworden, ebenso bestand noch in gleicher Weise der stinkende jauchige Ausfluss aus dem rechten Nasenloche.

Abgesehen von dem scheusslichen Aussehen der Pat. war dieselbe noch um so beklagenswerter, als sie kaum mehr im stande war, sich vor Ueberfliessen des Speichels und Auslaufen der eingenommenen Nahrungsmittel zu schützen; nur mühselig und bei entsprechender Kopfhaltung gelangten Speisen und Getränke weiter, wobei ein Mitschlürfen von Eiter und Zerfallsprodukten kaum zu vermeiden war.

Solche Patienten sind um so trauriger daran, als das Knotensyphilid unter allen Syphiliden der Therapie den hartnäckigsten Widerstand entgegensetzt. Trotz merkurieller uud Jodbehandlung keimen nicht nur an verschiedenen Stellen neue Knoten, sondern sie erheben sich an jenen Stellen, wo sie schon geheilt schienen und selbst wenn die erwünschte Heilung mit Narbenbildung erzielt ist, bleiben doch nach derartigen Zerstörungen die schwersten Schädigungen zurück.